

С.Ю. Терещенко

НИИ медицинских проблем Севера Сибирского отделения РАМН, Красноярск
Красноярская государственная медицинская академия

Синдром раздражённого кишечника у детей: диагностика и современные подходы к терапии

В СТАТЬЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЁННОСТИ, КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ И ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ. РАССМОТРЕНЫ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ И КЛАССИФИКАЦИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ, УКАЗАНЫ ОСНОВНЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЕНО РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА. ПОКАЗАНА РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА И РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛАБИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ, СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Контактная информация:

Терещенко Сергей Юрьевич,
доктор медицинских наук,
руководитель клинического отделения
соматического и психического здоровья
детей НИИ медицинских проблем Севера
Сибирского отделения РАМН,
профессор кафедры детских болезней № 2
Красноярской государственной
медицинской академии
Адрес: 660022, Красноярск,
ул. Партизана Железняка, д. 3 г,
тел. (3912) 23-19-63
Статья поступила 03.04.2006 г.,
принята к печати 29.05.2006 г.

Синдром раздражённого кишечника (СРК) — наиболее частый диагноз, применяемый гастроэнтерологами Европы и Северной Америки, который входит в десятку наиболее распространённых причин обращения пациентов к врачам первичной медицинской помощи. Считают, что не менее чем у 8–23% подростков и взрослых в западных странах присутствует симптоматика, соответствующая СРК, причём только треть из них обращается за медицинской помощью, учитывая деликатный характер жалоб. Несколько ниже распространённость соответствующих симптомов в странах Азии (5%) и Африки (10%), что, вероятно, отражает влияние пищевого статуса и культурных традиций на патогенез заболевания. По данным эпидемиологического обследования 2016 взрослых Москвы, распространённость СРК составила 25,8%. В то же время, у врачей России, в отличие от их коллег из других стран, СРК не является «излюбленным» диагнозом и только в последнее время заболевание стали диагностировать несколько чаще.

Данные о распространённости СРК у детей немногочисленны, однако известно, что не менее чем у трети взрослых пациентов симптомы заболевания возникли в детском возрасте [1]. В США признаки СРК выявляют у 6% младших и 14% старших школьников [1]. В Италии у 13,9% детей в возрасте до 12 лет присутствуют симптомы, соответствующие диагностическим критериям СРК. Аналогичные данные о распространённости СРК недавно получены у детей и подростков в Китае (13,3%) [2]. Российские исследователи в 2001 г. показали, что в Новосибирске у 14–24% подростков 14–17 лет присутствует симптоматика СРК, причём только пятая часть из них обращалась к врачам различных специальностей [3]. Несмотря на ограниченность эпидемиологических данных, касающихся частоты СРК у детей в России, можно предполагать, что распространённость заболевания схожа с таковой в других странах, и составляет не менее 10% среди детей школьного возраста. Для взрослых пациентов и подростков характерна большая частота СРК у лиц женского пола (соотношение

47

S.Yu. Tereshchenko

Research Institute of Medical Problems of the North,
Siberian branch of Russian Academy of Medical Sciences,
Krasnoyarsk State Medical Academy

Irritable bowel syndrome in children: diagnostics and modern approaches to therapy

IN THE ARTICLE MODERN DATA ON PREVALENCE, DIAGNOSTIC CRITERIA AND APPROACHES TO THE TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL IN CHILDREN ARE PRESENTED. THE ISSUES OF THE TERMINOLOGY AND CLASSIFICATION OF RECURRENT ABDOMINAL PAINS IN CHILDREN ARE CLARIFIED, THE BASIC PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF THE DISEASE ARE INDICATED. PARTICULAR EMPHASIS HAS BEEN PLACED ON THE EFFICIENT THERAPY OF THE DIFFERENT CLINICAL VARIANTS OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME. THE ROLE OF MODERN SPASMOLYTIC DRUGS IN THE TREATMENT OF ABDOMINAL PAIN SYNDROME AND THE RATIONAL USAGE OF LAXATIVES IN CONSTIPATION IN CHILDREN IS SHOWN.

KEY WORDS: CHILDREN, IRRITABLE BOWEL SYNDROME, DIAGNOSTICS, TREATMENT.

2–3:1), для детей младшего возраста такие половые различия не описаны [1].

Согласно существующим диагностическим критериям, известным, как «Римские критерии II» [4, 5], СРК у детей относят к группе функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с обилием наличием синдрома интермиттирующих/хронических болей (или дискомфорта) в животе, наряду с функциональной диспепсией, изолированным болевым абдоминальным синдромом, абдоминальной мигренью и аэрофагией. Распространённость повторяющегося болевого абдоминального синдрома (изолированного или ассоциированного с другими симптомами) у детей и подростков достаточно высока и может составлять 10–20% [6]. В согласительном документе Американской педиатрической ассоциации (AAP) и NASPGHAN, посвящённом хронической абдоминальной боли у детей, указывается, что большинство случаев такого болевого синдрома в соответствии с характерными особенностями предъявляемых жалоб может быть отнесено к одной из трёх нозологических единиц: функциональной диспепсии, СРК и абдоминальной мигрени [7, 8]. Необходимо отметить, что именно такой термин («хроническая абдоминальная боль») и соответствующие ему диагностические критерии эксперты предлагают использовать вместо «синдрома рецидивирующих болей в животе», предложенного в ставшем классическим исследовании J. Apley и N. Naish [9].

Авторы педиатрического раздела «Римских критериев II» также считают, что критерии J. Apley и N. Naish для синдрома рецидивирующих болей в животе (recurrent abdominal pain — RAP) должны уступить место более точной нозологической верификации, в соответствии с диагностическими признаками диспепсии, СРК и функциональной абдоминальной боли.

В любом случае в структуре причин повторяющегося болевого абдоминального синдрома у детей одно из ведущих мест принадлежит СРК. Так, из 227 детей, направленных в специализированный гастроэнтерологический центр по поводу хронической абдоминальной боли, у 117 был диагностирован СРК [10]. Недавнее исследование, включавшее 315 детей с установленным детским гастроэнтерологом функциональным заболеванием ЖКТ, показало, что жалобы более половины из них соответствовали педиатрическим «Римским критериям II», причём наибольший удельный вес имел диагноз СРК (22% у детей 4–9 лет и 36% у детей 10–18 лет), далее следовали функциональные запор и диспепсия (19–15 и 14–10% соответственно) [11].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В соответствии с рекомендациями, выработанными участниками второго Международного рабочего совещания по разработке критериев функциональных расстройств ЖКТ, состоявшегося в ноябре 1999 г. в Риме («Римские критерии II», доступные на сайте www.romecriteria.org), СРК (irritable bowel syndrome, IBS) определяют как дискомфорт или боль в животе, ассоциированные непосредственно с актом дефекации или изменением состояния кишечника с характерными особенностями дефекации. Приведя такое определение, авторы подчеркнули, что в указанных случаях речь идёт о нарушении функций не всего кишечника, как это могло бы следовать из названия, а преимущественно его средних и дистальных отделов. В связи с этим становится понятным большое количество синонимов, использующихся в литературе для обозначения функциональных расстройств кишечника: «синдром раздражённой толстой кишки», «функциональная колопатия», «спастическая толстая кишка», «дискинезии толстой кишки», «функци-

ональный кишечный синдром», «слизистая колика» и др. Вообще, в литературе предложено не менее полутора десятка синонимов СРК, наиболее выразителен из них, по-видимому, термин «несчастливая толстая кишка» [12].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

1. Наличие за последние 12 мес у детей, способных адекватно описать характер жалоб, не менее чем 12 нед (не обязательно последовательных), во время которых хотя бы в один день отмечались абдоминальные дискомфорт или боль, сопровождаемые двумя из следующих трёх особенностей:

- симптомы облегчаются после дефекации; и/или
- симптомы ассоциированы с изменением частоты стула; и/или
- симптомы ассоциированы с изменением формы (консистенции) стула.

2. Отсутствие органических или метаболических нарушений, которые могли бы обусловить вышеописанные симптомы.

Для СРК наиболее характерны следующие симптомы:

- ◆ Изменения частоты стула (более 3 раз в сут или менее 3 раз в нед);
- ◆ Изменение консистенции стула (неоформленный или водянистый, либо плотный, «овечий», кал);
- ◆ Изменение акта дефекации (затруднённый с чрезмерным натуживанием, императивные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника);
- ◆ Выделение слизи при дефекации;
- ◆ Чувство переполнения и вздутия в животе.

В зависимости от ведущих клинических симптомов авторы «Римских критериев II» предлагают различать два клинических варианта СРК:

- с преобладанием диареи (один или более признаков):
— неоформленный или водянистый стул более 3 раз в день, преимущественно в утренние часы после завтрака, характерно отсутствие диареи в ночное время;
— стул с примесью слизи;
— неотложные (императивные) позывы на дефекацию (изредка).
- с преобладанием запоров (один или более признаков):
— стул менее 3 раз в нед;
— плотный, «овечий» кал;
— затруднённая дефекация.

Некоторые авторы предлагают дополнительно выделять третий клинический вариант СРК с преобладанием болей в животе и метеоризмом [13]. Необходимо отметить, что нередко у пациентов трудно выявить преобладание тех или иных симптомов, в клинической картине одновременно присутствуют эпизоды диареи, запоров и болевого синдрома. Тем не менее, всегда следует стремиться к выделению ведущего синдрома, во всяком случае, на определённом этапе заболевания, поскольку такой подход позволяет более дифференцированно подходить к терапии.

Для установления диагноза СРК достаточно наличия вышеописанных анамнестических критериев при отсутствии изменений при физикальном обследовании у ребёнка, не имеющего отклонений в физическом развитии и, в целом, выглядящего здоровым. Как следует из приведённого определения СРК, необходимым условием является способность ребёнка адекватно оценивать характер и частоту симптомов, в связи с чем многие эксперты сомневаются в возможности постановки диагноза у детей младше 6 лет. Из анамнестических особенностей полезной бывает оценка пищевого статуса ребёнка, в частности оценка подлежит количество употребляемых продуктов, богатых

пищевыми волокнами, а также вероятная связь симптомов с употреблением молочных продуктов и отдельных углеводов (фруктоза, сорбитол), содержащихся в некоторых продуктах и напитках.

Как следует из приведённых выше диагностических критериев, СРК у детей может проявляться широким кругом симптомов, однако для каждого пациента характерен свой набор жалоб и болезнь часто проявляется стереотипным сочетанием индивидуальных проявлений. В соответствии с этим выделить какой-либо однотипный паттерн развития симптомов затруднительно, хотя некоторые пациенты могут указывать на связь симптомов с принятием определённой пищи и напитков (например, кофе, синтетических газированных напитков), переизбытком или психологическим напряжением, школьными проблемами, стрессом. Боль в животе может быть тупой, ноющей или острой, коликообразной. Локализация болей при СРК различна, хотя чаще дети указывают на околопупочную область или гипогастрий. Стул часто бывает малыми порциями и, в зависимости от клинического варианта, может быть вязким, кашицеобразным либо плотным, в виде «капшечек». Приблизительно 50% пациентов указывают на наличие слизи в кале. Часто бывает ощущение неполного опорожнения кишечника, что приводит к долгой задержке детей в туалетной комнате.

Примерно 30% детей с СРК предъявляют жалобы, характерные для других функциональных расстройств ЖКТ, в частности, для диспепсии: изжога, раннее насыщение, дискомфорт в верхних отделах живота, тошнота, рвота. У взрослых при СРК нередки разнообразные «внекишечные» жалобы: головные боли, боли в спине, фибромиалгия, частые мочеиспускания, дисменорея. У детей такие жалобы, за исключением головной боли, наблюдают значительно реже.

Практически все эксперты отмечают, что СРК является диагнозом исключения и может быть установлен только при отсутствии других заболеваний, которые могут проявляться сходными признаками. При любом варианте СРК необходимо тщательно проанализировать все жалобы, данные физикального и лабораторного обследования и особо обратить внимание на так называемые «симптомы тревоги», наличие которых позволяет заподозрить органические или метаболические заболевания и делает диагноз СРК маловероятным. К «симптомам тревоги» относятся:

- необычная выраженность симптомов или прогрессирующее течение заболевания;
- ночные боли или диарея;
- частая персистирующая рвота;
- немотивированное повышение температуры тела;
- немотивированное похудание;
- задержка физического и полового развития;
- гепато- и спленомегалия, лимфаденопатия;
- симптомы артрита;
- изменения в общем анализе крови (увеличение СОЭ, лейкоцитоз);
- примесь крови в кале, положительные тесты на скрытую кровь;
- семейный анамнез воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона).

Данные физикального обследования у детей с СРК в большинстве случаев не позволяют выявить какие-либо значимые изменения. Изредка обнаруживают небольшую болезненность живота при пальпации в околопупочной области, пальпируют слабо болезненную сигмовидную кишку. Такие симптомы как напряжение мышц живота, значимая болезненность в правых верхнем или нижнем квад-

рантах живота, гепато- и спленомегалия, лимфаденопатия свидетельствуют против диагноза СРК и обуславливают необходимость самого тщательного обследования пациента.

Лабораторных и инструментальных тестов, позволяющих подтвердить диагноз СРК, не существует. Как уже указывалось, диагностика основана исключительно на оценке анамнеза и исключении других заболеваний. В большинстве случаев для рутинной диагностики детям с предполагаемым диагнозом СРК достаточно провести клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на яйца гельминтов и паразитов, тесты на лактазную недостаточность (например, определение галактозы мочи после нагрузки лактозой, пробная безлактозная диета). В случае необходимости, при наличии соответствующих дополнительных признаков, могут потребоваться проведение бактериального посева кала; определения токсина *Clostridium difficile*; серологические тесты на целиакию, воспалительные заболевания кишечника; оценка функции щитовидной железы; тесты на инфицированность *Helicobacter pylori*.

Рутинное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и таза мало помогает в диагностике причин рецидивирующих болей в животе у детей. В частности, W.C. Yip et al. выявили какие-либо значимые изменения при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза менее чем у 1% детей с рецидивирующими болями в животе без «симптомов тревоги» [14]. У детей с такими симптомами, как желтуха, рвота, боль в спине или боку, нарушения мочеиспускания, проведение такого обследования позволяет выявить патологические находки уже в 10% случаев.

Эндоскопическое исследование пищевода и желудка необходимо, прежде всего, для исключения язвенно-эрозивных поражений и показано при наличии соответствующей клинической симптоматики («язвенноподобной диспепсии»).

Что касается широко распространённого у нас в стране диагноза «хронический гастрит», который расценивают как причину рецидивирующих/хронических болей в животе у детей, то, во-первых, такой диагноз требует обязательного гистологического подтверждения, а во-вторых, не существует убедительных доказательств связи болей в животе у детей, как с морфологическими признаками гастрита, так и с инфицированностью *H. pylori*, за исключением случаев язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки [15, 16].

Хотелось бы отметить, что отсутствие связи повторного абдоминального синдрома с хронической *H. pylori* инфекцией показано для общей популяции детей. В то же время в отдельных подгруппах пациентов такая связь, вероятно, может иметь место. Выявление клинических маркёров, позволяющих выделить детей, которым целесообразна диагностика инфицированности *H. pylori* с последующей его эрадикацией, составляет в настоящее время предмет интенсивных исследований. Так, в тщательно спланированном исследовании А.А. Ницевич и П.Л. Щербакова показана связь инфицированности *H. pylori* с отдельными симптомами язвенноподобной диспепсии (ночные и «голодные» боли), а Y.J. Yang et al. установили такую связь у детей с недавно (в последние 3 мес) возникшим болевым синдромом [17, 18]. Поскольку при СРК, как уже указывалось, высока частота перекрёстной симптоматики с другими функциональными расстройствами ЖКТ, детям с указанными клиническими особенностями болевого синдрома оправдано проведение тестов на инфицированность *H. pylori*.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости показана детям с чётким преобладанием в клинической картине болевого синдрома. Целесообразно провести данное исследование во время болевого приступа для исключения интермиттирующей кишечной обструкции. Рентгеноконтрастное исследование толстой кишки показано детям с предполагаемыми структурными изменениями (болезнь Хиршспрунга, мегаректум). Для исключения воспалительных заболеваний толстого кишечника (неспецифический язвенный, микроскопический колит) небольшой группе пациентов показано проведение колоноскопии с биопсией.

ПАТОГЕНЕЗ СИМПТОМОВ

Причины формирования симптоматики СРК в настоящее время окончательно не установлены, заболевание считают полиэтиологическим, как и большинство хронических неинфекционных болезней человека. Значение ни одного из множества предлагаемых патогенетических механизмов нельзя считать окончательно доказанным. Наиболее вероятные и интенсивно изучаемые факторы патогенеза СРК следующие [1].

- ◆ Нарушение естественной моторики толстой кишки, проявляющееся при действии таких факторов, как приём пищи, болевые стимулы и психологический стресс, было зарегистрировано у больных, страдающих СРК, в отличие от здоровых субъектов. Предполагают также изменения тонкокишечного транзита, который ускорен у пациентов с преобладанием диареи и замедлен у больных с преобладанием запоров.

- ◆ Системные, возможно врождённые, особенности функционирования гладкой мускулатуры. У лиц с симптомами СРК чаще, чем у здоровых, регистрируют дисфункцию мочевого пузыря, ортостатическую гипотензию, гиперреактивность бронхов.

- ◆ Висцеральная гиперчувствительность. Развитие хронической повышенной чувствительности к действию объёма и давления на уровне кишечника связывают с нарушенной функцией чувствительных нейронов спинного мозга. Причины неизвестны, обсуждают генетические, воспалительные, психологические факторы, а также возможные последствия нарушения подвижности позвоночника и механического раздражения локальных нервов.

- ◆ Дизрегуляция взаимодействия между центральной нервной системой и ЖКТ — гипотеза, получившая распространение в последнее время. Она позволяет объяснить механизмы формирования широкого круга функциональных гастроинтестинальных расстройств. Обсуждают возможную роль нарушения продукции и рецепции многих нейротрансмиттеров: холецистокинина, вазоактивного интестинального пептида, субстанции P, серотонина. В частности, несколько исследований показали наличие клинического эффекта антагонистов рецепторов серотонина при СРК.

- ◆ Психологические факторы. Большое количество исследований убедительно показывают большую частоту среди больных СРК, особенно стремящихся получить медицинскую помощь, таких нарушений как тревога, истерия, депрессия, ипохондрия, расстройства персонализации. Косвенным свидетельством наличия указанной патогенетической связи является клиническая эффективность антидепрессантов при СРК как у взрослых, так и у детей. Председатель Рабочего комитета по функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта проф. D.A. Drossman, чётко определяет СРК как психосоматическое заболевание, в основе которого лежат расстройства нервной регуляции моторики тонкой и толстой кишки.

- ◆ Диетические факторы. Предполагают, что сниженное количество растительных волокон в диете и увеличенное потребление некоторых углеводов (лактозы, сорбитола, фруктозы) может играть роль триггера в формировании клинических вариантов с запорами и диареей соответственно.

- ◆ Кишечные инфекции. Некоторые исследования выявили связь между формированием симптомов СРК и предшествующими тяжёлыми кишечными инфекциями, особенно отчётливой связью была у пациентов с сопутствующими тревожными расстройствами.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Приступая к лечению ребёнка с установленным диагнозом СРК, врачу необходимо чётко представлять, что это заболевание, как и большинство хронических неинфекционных заболеваний человека, не может быть радикально излечено. Оно характеризуется рецидивирующим течением с периодами обострений и ремиссий, в том числе спонтанными и продолжительными. В связи с этим чрезвычайно важно установление тесной кооперации врача с пациентом и его родителями. Следует максимально деликатно разъяснить пациентам и родителям сущность заболевания, помня о том, что несмотря на благоприятный прогноз, симптомы, беспокоящие ребёнка, совершенно реальны и могут значительно нарушать качество его жизни. Необходимо указать на вероятное длительное, но доброкачественное, неопасное для жизни, течение заболевания с периодами обострений и ремиссий, настроить пациента и родителей на постоянное соблюдение режимных и диетических рекомендаций, обеспечить планом лечения обострений с указанием препаратов и их доз, назначить, при необходимости, даты плановых визитов, по возможности избегая «госпитализма» и дальнейшей соматизации психологических нарушений.

Большинству детей с лёгкими симптомами, не нарушающими их повседневную активность и не приводящими к пропуску школьных занятий, достаточны проведение тщательного осмотра, авторитетное заявление о доброкачественном характере болезни, изменение диеты и режима дня, рекомендации по избеганию триггеров обострений и, при необходимости, психологическая поддержка в различных её формах (семейная, групповая, когнитивная, поведенческая психотерапия).

Небольшой группе пациентов с выраженными симптомами СРК необходима лекарственная терапия с обязательной консультацией психолога или психиатра и интенсивной поведенческой психотерапией.

ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Пациентам, которые чётко указывают на связь симптомов с определёнными продуктами, следует рекомендовать избегать их употребления. Особенно часто обострения могут вызывать продукты, содержащие фруктозу, сорбитол, бобовые растения. Следует избегать избыточного употребления продуктов, способствующих выраженному газообразованию (лук, бобы, горох, сельдерей, морковь, капуста, чернослив, изюм, бананы, ростки пшеницы). Детям с подтверждённой лактазной недостаточностью следует рекомендовать безлактозную диету либо, как альтернативу, замену молочных продуктов на кисломолочные, непастеризованные.

У детей с клиническим вариантом СРК с преобладанием запоров некоторый клинический эффект оказывает назначение диеты, обогащённой растительными волокнами, содержащимися в продуктах (хлеб из муки грубого помола, серые каши, овощи, фрукты, пшеничные отруби —

постепенно, семена подорожника), либо дополнительное назначение синтетических волокон. Проведено рандомизированное плацебо контролируемое исследование, показавшее положительный эффект от дополнительного назначения пищевых волокон у детей с неспецифическими болями в животе [19]. Считают, что диетические волокна менее водорастворимы и более эффективны в увеличении объема стула, синтетические волокна более водорастворимы и способствуют разжижению стула. Формула для расчёта ежедневной потребности детей с СРК в пищевых волокнах: суточная доза волокон в граммах = 5 + возраст ребенка, лет.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Лекарственная терапия показана детям с выраженными симптомами, нарушающими повседневную активность. Она зависит от клинических вариантов заболевания. В целом, необходимо отметить, что, как и для общих диетических мероприятий, крайне мало доказательной информации, полученной в рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях, относительно использования лекарственных препаратов для лечения СРК у детей. В условиях дефицита таких данных многие эксперты сходятся во мнении о возможности использования результатов, полученных у взрослых пациентов, учитывая несомненное наличие общих звеньев патогенеза заболевания, подтверждаемое частым началом болезни в детском возрасте и выраженной семейной агрегацией.

Лечение болевого абдоминального синдрома

Как уже указывалось выше, абдоминальная боль (или, реже, дискомфорт, как аналог боли) — облигатный клинический признак СРК. В соответствии с этим к базисным лекарственным средствам, которые можно назначать при всех клинических вариантах заболевания, относятся препараты, механизм действия которых направлен на патогенетические механизмы формирования болевого синдрома: избыточную моторику толстой кишки, спазм гладкой мускулатуры, нарушенную пропульсивную активность, индивидуальное психологическое восприятие боли.

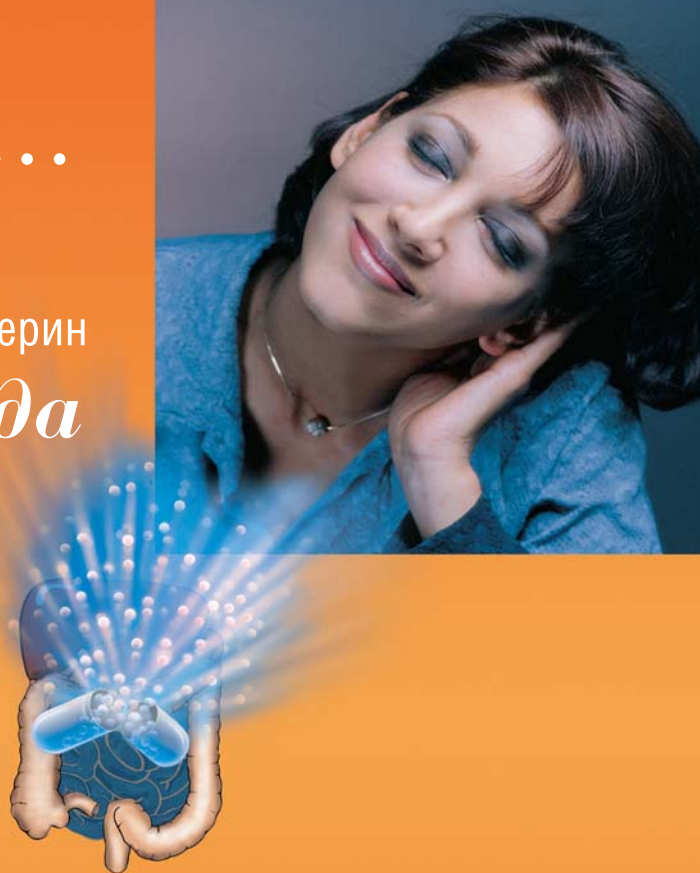
♦ Антихолинергические препараты, например гиосцина бутилбромид (разрешён к применению с 6 лет), традиционно используют для купирования и предупреждения болевого синдрома при СРК, несмотря на отсутствие данных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований их эффективности у детей. Результаты исследований этой группы препаратов при СРК у взрослых пациентов довольно противоречивы. Кроме того приём указанных лекарственных средств может сопровождаться атропиноподобными побочными эффектами: сухостью во рту и кожных покровов, тахикардией, сонливостью, парезом аккомодации, также возможны задержка мочи и запор.

♦ Миотропные спазмолитики (мебеверин, пинаверия бромид, дротаверин) — вторая группа препаратов, наиболее часто используемых при СРК у детей. Недавние мета-анализ и систематические обзоры чётко показывают эффективность миотропных спазмолитиков для лечения СРК у взрослых пациентов, особенно при преобладании в кли-

Когда уходит боль...

Дюспаталин® мебеверин
приходит свобода

- Эффективно устраняет боль при спазмах кишечника и желчных путей
- Не вызывает атонии кишечника
- Устраняет метеоризм, запор и диарею при синдроме раздраженного кишечника
- Современная галеническая форма



**SOLVAY
PHARMA**

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-6911
Факс: (495) 411-6910
E-mail: info@solvay-pharma.ru
<http://www.solvay-pharma.ru>, www.gastrosite.ru

В стремлении к прогрессу

нической картине болевого синдрома [20–22]. Наибольшее количество рандомизированных контролируемых исследований, соответствующих критериям доказательной медицины и включенных в мета-анализ T. Roynard et al., было посвящено мебеверину (на отечественном рынке представлен оригинальным препаратом Дюспаталин, Солвей Фарма, Нидерланды) [20]. Мебеверин оказывает прямое расслабляющее действие на гладкую мускулатуру ЖКТ, особенно толстой кишки. Препарат понижает тонус и уменьшает сократительную активность гладкой мускулатуры, не влияя на нормальную перистальтику кишечника, не обладает побочными эффектами, характерными для антихолинергических препаратов и, в целом, очень хорошо переносится. Дюспаталин выпускают в виде капсул-ретард, представляющих собой лекарственную форму, обеспечивающую постепенное высвобождение активного вещества и пролонгированное действие препарата при его приёме 2 раза в сутки. Мебеверин разрешён к применению у детей с 12 лет. В недавнем тщательно спланированном рандомизированном исследовании T. Kennedy et al. показана высокая эффективность мебеверина в сочетании с когнитивной психотерапией при лечении СРК у пациентов старше 15 лет [23].

♦ Трициклические антидепрессанты могут значительно снизить выраженность болевого синдрома при СРК, причём даже в отсутствие симптомов клинически выраженной депрессии. Собственно психотропный эффект этих препаратов дополняется их анальгетическим и нейромодулирующим действием, которое может быть достигнуто с помощью доз, меньших, чем обычно применяемые для лечения депрессии. Считают, что амитриптилин в связи с его седативным и антихолинергическим действием более эффективен у детей с преобладанием диареи и ночными пробуждениями, связанными с симптомами СРК, в то время как имипрамин в невысоких дозах показан детям с преобладанием запоров и болевого синдрома [5]. В последнее время для лечения СРК стали использовать антидепрессанты с меньшей выраженностью побочных эффектов (сухость слизистых оболочек рта и глаз, седация, увеличение массы тела), например нортриптилин, хотя, как и для других препаратов этой группы, данные контролируемых исследований их эффективности у детей отсутствуют.

♦ Использование мягкого масла в специальной pH-зависимой капсульной оболочке для купирования болевого синдрома при СРК у детей было оценено в одном из немногих плацебо-контролируемых исследований в этой области педиатрии [24]. Авторы показали эффективность препарата в небольшом по объёму исследовании (42 ребёнка), после чего экспертами AAP и NASPGHAN такой способ лечения абдоминальной боли был отнесён к уровню доказательности класса В, хотя и было отмечено, что необходимы дальнейшие исследования его эффективности и безопасности [8].

♦ Некоторые авторы для лечения СРК рекомендуют прокинетики — препараты, повышающие тонус и моторику в основном верхних отделов ЖКТ (например домперидон). Эффективность этой группы препаратов не доказана, существуют данные, что она не превышает таковую плацебо [25].

♦ Агонисты и антагонисты серотониновых рецепторов — новая перспективная группа препаратов для лечения симптомов СРК, включая болевой синдром и нарушение функции кишечника, которые можно применять в качестве монотерапии [26]. Внедрение в клиническую практику этих лекарственных средств стало возможным в результате появления новых сведений о роли серотонина в патофизиологии болезни. К сожалению, к настоящему време-

ни эти препараты рекомендуют к применению только у взрослых (в основном у женщин с тяжёлым СРК при неэффективности других способов лечения). В частности, тега-серод — частичный агонист 5-HT₄-рецепторов — рекомендован при клиническом варианте СРК с преобладанием запоров.

Антидиарейные средства рекомендуют для лечения клинического варианта СРК с преобладанием диареи. Препараты, влияющие на опиоидные рецепторы кишечника (лоперамид), снижают тонус и моторику гладкой мускулатуры кишечника, положительно влияют на такие клинические проявления СРК, как диарея и боли в животе. Препараты этой группы обычно хорошо переносятся, однако необходимо тщательное исключение инфекционной этиологии диарейного синдрома, в том числе ассоциированного с использованием антибиотиков. У некоторых пациентов может быть эффективным использование колестирамина.

Средства для лечения запоров рекомендуются для лечения клинического варианта СРК с преобладанием симптомов задержки стула. Обычно применяют осмотические слабительные (лактолоза (Дюфалак, Солвей Фарма, Нидерланды), сорбитол, магнезии гидроксид) либо минеральное масло у детей со среднетяжёлой и тяжёлой формой СРК, у которых не удалось добиться нормализации стула с помощью диетических и режимных мероприятий. Дюфалак (лактолоза) оказывает гиперосмотическое, гипоаммониемическое, слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей кальция. Под влиянием препарата происходит изменение микрофлоры толстого отдела кишечника (увеличение количества лактобактерий — пребиотический эффект), что приводит к повышению кислотности в просвете толстого отдела кишечника и стимулирует его перистальтику. Дюфалак выпускают в форме сиропа, она разрешена к применению у детей, в том числе раннего возраста. Препарат следует принимать 1 раз в день (утром) во время еды. Клинический эффект наступает через 2 дня. Препарат хорошо переносится при длительном применении, но необходимо помнить, что одновременное назначение антибиотиков и антацидов снижает его эффективность. Кроме того, лактулоза понижает pH содержимого кишечника и, следовательно, при одновременном приёме кишечнорастворимых препаратов с pH-зависимым высвобождением может изменять их всасывание.

Стимулирующие слабительные, активирующие перистальтику кишечника, могут использоваться только ситуационно, следует избегать их длительного приёма у детей с СРК.

Продолжительность лекарственной терапии у детей с СРК устанавливают индивидуально. Начальный курс лечения, длительностью 3–4 нед, при необходимости может быть продолжен до 6 мес с использованием минимальных эффективных доз препаратов при условии их хорошей переносимости и регулярного наблюдения с коррекцией лечения. Хотелось бы отметить, что диагностика и лечение с помощью биопрепаратов так называемого «дисбактериоза», широко распространённые в России у детей с персистирующей диареей, запорами (!), атоническими заболеваниями, не имеет под собой патофизиологического обоснования [27, 28]. К сожалению, крайне мало качественных исследований, посвящённых клинической эффективности пробиотиков при каких либо заболеваниях в целом, и при СРК в частности. Последний из существующих авторитетных согласительных документов, посвященный этой проблеме (комментарий ESPGHAN, 2004) указывает, что, за исключением некоторого краткосрочного положительного эффекта при кишечных инфекциях, не существует убедительных доказательств эффективности лечебного ис-

пользования пробиотиков при каком-либо заболевании (включая болезни кишечника и атопию), так же как и нет доказательств их безопасности, особенно у детей раннего возраста [29]. С другой стороны, существуют рекомендации относительно профилактического использования некоторых пробиотических препаратов во время беременности и кормления грудью в отношении сроков формирования атопического дерматита у детей [30]. Недавно появились сообщения о возможности развития сепсиса, ассоциированного с использованием пробиотиков у некоторых детей и взрослых с тяжёлыми фоновыми заболеваниями [31]. Эксперты рекомендуют воздерживаться от широкого лечебного использования этих препаратов у детей до получения результатов корректно проведённых исследований. Таким образом, лечение СРК должно быть комплексным, необходимыми компонентами лечебной стратегии являются модификация диеты и психологическая поддержка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. El-Baba M.F., Nazer H., Konop R. et al. Irritable Bowel Syndrome // <http://www.emedicine.com/ped/topic1210.htm>.
2. Dong L., Dingguo L., Xiaoxing X., Hanming L. An epidemiologic study of irritable bowel syndrome in adolescents and children in China: a school-based study // *Pediatrics*. — 2005. — V. 116, № 3. — P. e393–396.
3. Reshetnikov O.V., Kurilovich S.A., Denisova D.V. et al. Prevalence of dyspepsia and irritable bowel syndrome among adolescents of Novosibirsk, western Siberia // *Int. J. Circumpolar Health*. — 2001. — V. 60, № 2. — P. 253–257.
4. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain // *Gut*. — 1999. — V. 45, Suppl 2. — P. II43–II47.
5. Rasquin-Weber A., Hyman P.E., Cucchiara S. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders // *Gut*. — 1999. — V. 45, Suppl 2. — P. II60–II68.
6. Weydert J.A., Ball T.M., Davis M.F. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain // *Pediatrics*. — 2003. — V. 111, № 1. — P. e1–11.
7. Di Lorenzo C., Colletti R.B., Lehmann H.P. et al. Chronic abdominal pain in children: a clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2005. — V. 40, № 3. — P. 245–248.
8. Di Lorenzo C., Colletti R.B., Lehmann H.P. et al. Chronic Abdominal Pain In Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2005. — V. 40, № 3. — P. 249–261.
9. Apley J., Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children // *Arch. Dis. Child*. — 1958. — V. 33, № 168. — P. 165–170.
10. Hyams J.S. Recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in children // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 1997. — V. 25, Suppl 1. — P. S16–17.
11. Caplan A., Walker L., Rasquin A. Validation of the pediatric Rome II criteria for functional gastrointestinal disorders using the questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2005. — V. 41, № 3. — P. 305–316.
12. Шептулин А. Синдром раздражённого кишечника: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении // *Клин. медицина*. — 1997. — № 9. — С. 26–30.
13. Weber F.H., McCallum R.W. Clinical approaches to irritable bowel syndrome // *Lancet*. — 1992. — V. 340, № 8833. — P. 1447–1452.
14. Yip W.C., Ho T.F., Yip Y.Y., Chan K.Y. Value of abdominal sonography in the assessment of children with abdominal pain // *J. Clin. Ultrasound*. — 1998. — V. 26, № 8. — P. 397–400.
15. Gold B.D., Colletti R.B., Abbott M. et al. *Helicobacter pylori* infection in children: recommendations for diagnosis and treatment // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2000. — V. 31, № 5. — P. 490–497.
16. Drumm B., Koletzko S., Oderda G. *Helicobacter pylori* infection in children: a consensus statement. European Paediatric Task Force on *Helicobacter pylori* // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2000. — V. 30, № 2. — P. 207–213.
17. Nijevitch A.A., Shcherbakov P.L. *Helicobacter pylori* and gastrointestinal symptoms in school children in Russia // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2004. — V. 19, № 5. — P. 490–496.
18. Yang Y.J., Sheu B.S., Lee S.C., Wu J.J. Short-term recurrent abdominal pain related to *Helicobacter pylori* infection in children // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2005. — V. 20, № 3. — P. 395–400.
19. Feldman W., Mcgrath P., Hodgson C. et al. The use of dietary fiber in the management of simple, childhood, idiopathic, recurrent, abdominal pain. Results in a prospective, double-blind, randomized, controlled trial // *Am J Dis Child*. — 1985. — Vol. 139, № 12. — P. 1216–1218.
20. Poynard T., Regimbeau C., Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2001. — Vol. 15, № 3. — P. 355–361.
21. Jailwala J., Imperiale T. F., Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials // *Ann Intern Med*. — 2000. — Vol. 133, № 2. — P. 136–147.
22. Akehurst R., Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials // *Gut*. — 2001. — V. 48, № 2. — P. 272–282.
23. Kennedy T., Jones R., Darnley S. et al. Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial // *BMJ*. — 2005. — V. 331, № 7514. — P. 435.
24. Kline R.M., Kline J.J., Di Palma J., Barbero G. J. Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for the treatment of irritable bowel syndrome in children // *J. Pediatr.* — 2001. — V. 138, № 1. — P. 125–128.
25. Ziegenhagen D.J., Kruis W. Cisapride treatment of constipation-predominant irritable bowel syndrome is not superior to placebo // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2004. — V. 19, № 7. — P. 744–749.
26. Baker D.E. Rationale for using serotonergic agents to treat irritable bowel syndrome // *Am J. Health Syst. Pharm.* — 2005. — V. 62, № 7. — P. 700–711; quiz 712–703.
27. Маянский А. Дисбактериоз: иллюзии и реальность // <http://www.antibiotic.ru/rus/confer/1999/mayanski.shtml>.
28. Василенко В. Дисбактериоз — синдром раздражённого кишечника. Эссе-анализ проблемы // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2000. — Т. 10, № 6. — С. 10–13.
29. Agostoni C., Axelsson I., Braegger C. et al. Probiotic bacteria in dietetic products for infants: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2004. — V. 38, № 4. — P. 365–374.
30. Hanifin J.M., Cooper K.D., Ho V.C. et al. Guidelines of care for atopic dermatitis, developed in accordance with the American Academy of Dermatology (AAD) / American Academy of Dermatology Association «Administrative Regulations for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines» // *J. Am Acad. Dermatol.* — 2004. — V. 50, № 3. — P. 391–404.
31. Land M.H., Rouster-Stevens K., Woods C. R. et al. Lactobacillus sepsis associated with probiotic therapy // *Pediatrics*. — 2005. — V. 115, № 1. — P. 178–181.